

## A gyermekkori hiperkinetikus zavar

Gádos Júlia

Vadaskert Kórház Budapest

### Az ADHD és a Hiperkinetikus zavar

A korszerű diagnosztikai rendszerek a hiperaktivitással és figyelem hiányával jellemzett gyermekkori mentális zavarok meghatározásánál a korábban elterjedt minimális cerebrális diszfunkció (MCD) illetve pszichoorganikus szindróma (POS) diagnózisait már nem alkalmazzák.

BNO 10 és DSM-IV rendszerek egyezések és különbségek

diagnosztikai feltételek

komorbiditás jelzése

<i>Figyelemzavar</i>	<i>Túlmozgékonyság és impulzivitás</i>
1. Nem figyel a részletekre	1. Állandóan izeg-mozog
2. Figyelmét nehéz tartósan lekötnie	2. Nem tud hosszan ülve maradni, amikor kellene
3. Mintha nem hallaná ha szólnak hozzá	3. Állandóan rohan, ugrál, mászkál
4. Nem követi a feladatot, gyakran félbehagyja	4. Játék vagy pihenő helyzetben képtelen csendben maradni
5. Szervezetlen a feladatai ellátásában	5. Folyton mozgásban van, mintha felhúzták volna
6. Kérüli a mentális erőfeszítést igénylő feladatokat	6. Túl sokat beszél, túl hangos
7. Gyakran elveszíti a tárgyakat	7. A kérdések végét meg sem várva már válaszol
8. Külső ingerek könnyen eltérítik	8. Nehezebb esik kivárni a sorát
9. Feledékeny a napi dolgaiban	9. Gyakran félbeszakít másokat

### Epidemiológia

Pont prevalencia 1 - 3 %

A gyermekpszichiáterek praxisában a leggyakoribb kórkép. Fiú - lány arány az orvoshoz forduló gyermekek között 6:1, populációs vizsgálatokban 3:1. Lányoknál kevesebb a társuló zavar és gyakoribb a tisztán figyelemhiányos forma.

### Okai

Temperamentum, "Újdonság keresés" (novelty seeking) Genetika: dopamin D4 receptor génjének polimorfizmusa (7 repeat allele)

Központi idegrendszeri okok: hypoxia, dysfunkció

Környezeti tényezők:

- Nevelési környezet, korai kötődés,
- Toxikus környezeti ártalmakat

### Diagnózis felállítása

Belgyógyászati és neurológiai vizsgálat, labor, EEG vagy agyi képalkotó eljárások nem indokoltak, csupán ddg miatt. Közvetlen megfigyelés különböző helyzetekben, kérdőívek, becsülőkálák, figyelemtesztek, neuropszichológiai vizsálatok.

### HKZ és életkor

<b>első életévben</b>	"nehéz" csecsemő
<b>Két-három éves</b>	hiperaktivitás, veszélyhelyzetek
<b>Óvodás korban</b>	túlmozgékonyság és engedetlenség, indulatkitörések
<b>Iskolakezddéskor</b>	iskolaéretlenség, figyelemhiány
<b>Iskoláskor</b>	szervezetlenség, kudarc, bohóckodás
<b>Serdülőkor</b>	figyelemhiány, szervezetlenség
<b>Fiatal felnőtt kor</b>	szocializációs hátrányok
<b>Felnőtt korra</b>	nyughatatlanság az életvezetésben

### Kezelés

Pedagógiai-gyógypedagógia:

– pszichoedukáció, társult problémák kezelése

Viselkedésterápia, kognitív tréning

– nevelési módszerek célzott alkalmazása, mely a sajátos idegrendszeri jelenségeket figyelembe veszi

Családi konzultáció

– pszichoedukáció, másodlagos problémák kezelése

### Gyógyszeres kezelés

Pszichostimulánsokkal:

– Methylphenidat

– Amphetamin származékok

– Pemolin

Számos kontrollált vizsgálat igazolja, hogy ezekkel a gyógyszerekkel a betegek legalább 75 %-a mutat mérsékelt, illetve jelentős mértékű javulást

Antidepresszívumok, és egyéb kezelések alkalmazhatók.

### Kezelés pszichostimulánsokkal

Hazai lehetőségek elsősorban Methylphenidat :Ritalin 10 mg (korábban Centedrin), amely 2000 óta törzskönyvezett:

– piperidin származék

– katekolaminok reuptake gátlás

– dopaminra erőteljesebben, a noradrenalinra kevésbé

### *Klinikai hatás*

Bevétel után fél órával kezdi kifejteni hatását, legmagasabb plazmaszintet 1-2 óra alatt éri el, felezési ideje 2-3 óra, elimináció 5-7 óra.

Gyermekeknél orálisan adva könnyen felszívódik, plazma proteinekhez gyengén kötődik és könnyen áthalad a vér-agy gáton. Clearance jelentős egyéni változatosságot mutat, gyógyszer szint mérése nem szükséges.

### *Mellékhatások*

Étvágytalanság, inszomnia, szisztolés és diasztolés vérnyomást emelkedés, szívritmus emelkedés, testmagasság (?), hangulati nyomottság, szomorú arckifejezés, rebound hatás

A gyógyszeres kezelés beállítása

A terápiás dózis 0.3 - 1.0 mg/tskg/die. Általában napi 20 mg-40 mg, kivételesen magasabb is adható. Hétvégeken vagy a nyári szünetben egyéni megfontolás szerint gyógyszer szünet tartható.

- Dóziskorrekciónak kérdése

- Gyógyszeres kezelés befejezése

### *A vádak és a válaszok Jan Buitelar nyomán*

Figyelemhiány-hiperaktivitás betegség- hiperkinetikus zavar fogalma, meghatározása:

- pszichiátriai gyógykezelés általában, különös tekintettel a gyermekkorúak kezelésére

- pszichostimuláns kezelés sajátosságai

### *A hiperkinetikus zavar fogalma és meghatározása*

Az ADHD nem is igazi betegség, hanem egy szociális stigma, mellyel azokat a gyermekeket illetik, akiket a környezet (szülők, tanárok) nehezen visel el, vagy nehezen kezelhetőnek tart.	Részben igaz, hiszen a diagnózis döntő mértékben támaszkodik a szülők és a tanárok megfigyeléseire. Ugyanakkor nem igaz, mert az ADHD jól definiált és vizsgálható agyi funkcionális elváltozásokkal hozható kapcsolatba és több mint egy 'címke'.
Azzal, hogy az ADHD-t önálló betegségként (zavarként) nevesítjük, a lényegi környezeti hatásokat kódösztjük.	Általában nem igaz, hiszen az ADHD leíró kategória, mely így független az oki feltételezésektől. A gyakorlatban mégis néha igaz, mert az ADHD diagnózisát indokolatlanul is használhatják, anélkül hogy a környezeti hatásokat figyelembe vennék.
Az ADHD diagnózisát túlságosan gyakran alkalmazzák, "túldiagnosztizálják".	Általánosságban Európára nem igaz, a vizsgálatok egyértelműen amellett szólnak, hogy inkább "aluldiagnosztizálják", de lehetséges, hogy az Észak Amerikai kontinens egyes részein valóban túl széles körben diagnosztizálják.



Nincs éles határ a normális 'túlaktivitás' és az inadekvált hiperaktivitás között.	Részben igaz, de a súlyossági mutatók (pervazivitas, fennállás, funkcionális károsodás) segítségünkre lehetnek egy klinikai (noha önkényes) különbségtételben normális és abnormális között.
Nincs rendelkezésre álló biológiai vagy pszichológiai teszt az ADHD diagnózisához.	Igaz, de ez érvényes az összes pszichiátriai szindróma esetén is, mint a skizofrénianál, a depressziónél és a demenciánál.

*A pszichiátriai gyógykezelés általában, különös tekintettel a gyermekkorúak kezelésére*

A gyógyszeres terápia nem helyettesítheti a megfelelő nevelést és oktatást	Igaz, de a gyógyszeres kezelés és az oktatás-nevelés inkább egymást kiegészítő semmint egymásnak ellentmondó megközelítések.
A gyógyszerrel való kezelés egy pszichoszociális problémát medikalizál	Nem igaz, ez csupán érzelmi vagy ideológiai érvelés
A gyógyszeres terápia csökkenti a szülők és a gyerekek motivációját, hogy részt vegyenek a pszichoszociális változtatásokban.	Néha igaz, de általában nem, mert a hatékony gyógyszerelés inkább elősegíti a pszichoszociális beavatkozásokban való részvételt.
A gyógyszeres kezelés nem gyógyítja meg a problémát.	Igaz, de semmit nem von le abból az értékes és lényegi előnyből, amit a gyógyszeres kezelés az ADHD terápiájában jelent.
Nem ismerjük eléggé a kezelések hosszú távú hatását.	Igaz: számos vizsgálat bizonyítja a gyógyszerek középtávú biztonságos alkalmazását, de még további kutatások szükségesek a tartós kezelések megítéléséhez.
Túl sok a gyógyszer-rendelés; hova vezet az, ha gyermekeink tekintélyes részét gyógyszerekre állítjuk be.	Nem igaz: a rendelkezésre álló epidemiológiai adatok szerint az ADHD-soknak csupán kis hányada részesül megfelelő kezelésben

*A pszichostimuláns kezelés sajátosságai*

Alábecsülik a pszichostimuláns kezelés mellékhatásait, pedig ezek elfedik a jótékony hatást.	Nem igaz, a stimulánsok melléhatásait alaposan vizsgálták, és enyhének bizonyultak.
Alábecsülik a pszichostimuláns abuzus potenciáját	Nem igaz: az ADHD-soknál a stimulánssal való visszaélés alig ismert jelenség.
Nem veszik figyelembe azt, hogy ezzel növekszik a kábítószer használatának kockázata.	Nem igaz: a stimulánssal való kezelés a vizsgálatok szerint éppen ellenkező eredményt mutat: csökkenti a későbbi szerhasználat kockázatát
A pszicho-stimulánsokat az utcán is árulhatják, drogkereskedés lehetősége	Igaz, erre fontos odafigyelni a klinikai gyakorlatban.
A pszicho-stimulánsok 'normális' (nem hiperaktív) személyeknek is segítenek	Igaz, de ez érvényes más gyógyszerekre is, mint pld. az altatókra. Ez nem csökkenti a stimulánsok alkalmazásának eredményeit az ADHD-ban.

# Csalás, agykárosítás – és haszon

A fiataloknak adott amfetaminok és más tudatbefolyásoló gyógyszerek pszichiátriai használata néhány országban, különösen az Egyesült Államokban, kikerült a kontroll alól és a magasba szökött. Az ilyen szerek virágzó illegális kereskedelmének következménye és velejárója a megnövekedett iskolai erőszak. A metilfenidát nevű szer (amely Ritalin néven van forgalomban) a valaha volt leggyakoribb amfetamin-tartalmú anyag, amelyet a gyerekeknek adnak.

A „zavarok” közül, amelyekre a pszicháterek feltűrik ezeket a szereket, leggyakoribb a figyelemhiányos zavar (ADD) és a figyelemhiányos hiperaktív zavar (ADHD). Ezeknek az állítólagos gyermekkori zavaroknak a „tünete” – a pszicháterek diagnosztikai kézikönyve alapján – olyanok,



hogy életének egyik-másik pontján bármelyik gyerek viselkedésre álljenek. Valójában ezek a zavarok és tüneteik nem alapjának olyan bizonyítékokon, amelyekre patológiailag, neuroló-

giailag vagy tudományosan meghatározott állapot alapján igazolni lehetne. Ezek helyett a pszicháterek olyan „tüneteket” pipálnak ki, mint fészkelődik a széke, úgy válaszol a kérdésekre az osztályban, hogy nem várja meg, amíg rá kerül a sor; elveszíti a ceruzát vagy más tárgyakat; képtelen csendesen játszani; „hanyag” munkát végez; és könnyen megzavarható. Más szóval, az egész feltételezés és véleménye sülyed. Ezek és más oszoba „zavarok” – a „matematikai zavar”-tól a „másképp meg nem határozott tanulási zavar”-ig – biztosítják a kiszámítható „mentális állapotok” tág területét, amelyekre drogokat lehet felírni.

Ezek egyben biztosítják a pszicháterek és a gyógyszergyártók számára a nyereség folyamatos áramlását is.

Az elmúlt évtizedben a gyerekeknek az ADD és ADHD „kezelésére” adott serkentőszerek felírása több száz százezerrel növekedett. A tisztességtelen diagnózisokkal és drogozással kap-

csolatos kétségek ezt ma már utólik – beleértve azokat a tanulmányokat is, amelyek nemcsak hogy kétségbe vonják a serkentőszerek „kezelés” bármilyen hatékonyságát, de aggasztó



## DISZLEXIA

és minden tanulási  
probléma kezelése

L. Ron Hubbard  
tanulási technológiája  
alapján.

Hívjon most!  
Czutor János 290-79-78

Suli-buli  
290-79-78

Suli-buli  
290-79-78

Suli-buli  
290-79-78

Suli-buli  
290-79-78

Suli-buli  
290-79-78

## FELHÍVÁS!

PSZICHIÁTRIAI SZEREK  
VISELKEDÉSI PROBLÉMÁKRA?

Ha gyermeke „tanulási probléma” vagy „viselkedési rendellenesség” miatt pszichiátriai szereket szed, és úgy érzi, hogy a gyermek állapota semmit sem változott, vagy rosszabbodott emiatt, keresse az Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért Alapítványt.

Telefon: (1) 342-6355  
Cím: 1461 Budapest, Pf. 182  
E-mail: cchrhun@elender.hu

Minden Információt bizalmasan kezelünk.

### A pro és kontra tanulságai

Az orvostudomány iránti bizalom kérdései, a betegségfogalom kiterjesztése, az egészség növelésének jelentősége, orvos mágus helyett orvos partner. Ismeretterjesztés, betegdukáció, őszinte konfrontáció a valódi kérdéseinkkel.